

重要事項説明書 指定訪問リハビリテーション
介護老人保健施設ケンゆのかわ（訪問リハビリテーション）

当事業所はご契約者に対して指定訪問リハビリテーションサービスを提供致します。この「重要事項説明書」は、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことをあらかじめ説明しなければならない内容を示したものです。

介護老人保健施設ケンゆのかわ（訪問リハビリテーション事業所）サービス提供に当たり、函館市の基準に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

◆◆目次◆◆

- | |
|-----------------------|
| 1. 事業者 |
| 2. 事業所の概要 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間 |
| 4. 職員の配置状況 |
| 5. 協力医療機関（歯科含む） |
| 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金 |
| 7. サービス利用の際の留意事項 |
| 8. 緊急時の事故発生時の対応 |
| 9. 事故発生時の損害賠償 |
| 10. 衛生管理 |
| 11. 第三者による評価の実施状況 |
| 12. 秘密保持等 |
| 13. 虐待防止 |
| 14. 身体的拘束の適正化 |
| 15. 苦情等の受付 |
| 16. 業務継続計画の策定 |

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人函館厚生院 |
| (2) 法人所在地 | 北海道函館市本町34番8-1号 |
| (3) 電話番号 | 0138-51-9588 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 中田 智明 |
| (5) 設立年月日 | 明治33年3月6日（昭和27年5月17日 社会福祉法人設立認可） |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の目的

社会福祉法人函館厚生院が開設する介護老人保健施設ケンゆのかわ（訪問リハビリテーション事業所）（以下「事業所」という。）が行う、指定訪問リハビリテーションの適切な運営を確保するために、員数及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態（以下「要

介護状態」という。)にある高齢者等に対し適正な指定訪問リハビリテーションを提供することを目的とします。

- (2) 事業所の名称 介護老人保健施設ケンゆのかわ (訪問リハビリテーション事業所)
- (3) 施設の所在地 函館市湯川町3丁目29番15号
- (4) 電話番号 0138-59-1211
- (5) F A X 番号 0138-59-3990
- (6) 管理者の氏名 浅島 弘志
- (7) 事業所の運営方針

事業所は、要介護状態となった場合においても、ご利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復等を図ります。

事業所は、利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定訪問リハビリテーションの提供に努めるとともに、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者その他の保健・医療・福祉サービスを提供する事業者等との密接な連携に努めます。

- (8) 開設年月日 平成6年8月1日

- (9) 施設が行っている事業

[短期入所療養介護]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[介護予防短期入所療養介護]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[指定通所リハビリテーション]	平成12年4月1日指定	0151480043号
[指定介護予防通所リハビリテーション]	平成18年4月1日指定	0151480043号
[訪問看護] (介護保険)	平成12年4月1日指定	0161490057号
[訪問看護] (医療保険)	保健医療機関コード	1490057
[訪問看護] (医療保険)	平成18年4月1日指定	0161490057号
[居宅介護支援事業所]	平成30年4月1日指定	0171404510号
[指定訪問リハビリテーション]	令和2年1月1日指定	0151480043号
[指定介護予防訪問リハビリテーション]	令和2年1月1日指定	0151480043号
[指定訪問介護]	令和3年3月1日指定	0171405004号
[訪問型サービス] (総合事業)	令和3年3月1日指定	0171405004号
[身体障害者居宅介護] (障害者総合支援法)	令和3年3月1日指定	0171405004号

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 事業の実施地域

函館市 (旧戸井町、旧恵山町、旧楸法華村及び旧南茅部町は要相談) の区域。

- (2) 営業時間

月曜日から金曜日 (祝祭日を含む。) (土曜日、日曜日及び12月30日から1月3日までを除く。) 午前9時00分から午後5時30分

- (3) サービス提供時間

午前9時00分から午後5時30分

4. 職員の配置状況

職 種	員数	職務内容
管理者	1名 (常勤兼務1名、医師と兼ねる)	職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を行います。
医師	1名 (常勤兼務1名、管理者と兼ねる)	利用者の診察及び保健衛生の指導に関する業務を行います。
理学療法士または 作業療法士	1名以上 (常勤兼務1名以上)	利用者の状態に応じて、身体機能維持回復等を目的としたリハビリテーションを行います。

※上記職員数は、事業の状況等によって増減できるものとします。(令和7年7月現在)

5. 協力医療機関

(1)

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院
所在地/電話	函館市五稜郭町38番3号 / 0138-51-2295
診 療 科 目	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・腎臓内科・小児科 外科・消化器外科・小児外科・整形外科・心臓血管外科・呼吸器外科・形成外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線治療科・放射線診断科・病理診断科・歯科口腔外科・麻酔科・脳神経外科・救急科・緩和ケア内科
病 床 数	480床

(2)

名 称	社会福祉法人 函館厚生院 函館中央病院
所在地/電話	函館市本町33番2号 / 0138-52-1231
診 療 科 目	内科・消化器内科・腫瘍内科・内分泌・糖尿病内科・神経内科・循環器内科・小児科・外科・乳腺外科・消化器外科・肛門外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科・放射線科・病理診断科・歯科口腔外科
病 床 数	527床

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

サービス提供は訪問リハビリテーション計画に基づいて行います。

(1) サービスの種類

サービスの種別	内 容
訪問リハビリテーション計画の作成	利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問リハビリテーション計画を作成します。
健康チェック	訪問リハビリテーションの提供開始前に、健康状態のチェックを行います。それ以外でも必要に応じて適宜対応致します。

リハビリテーション	利用者の状態に応じた理学療法等のリハビリテーションを行うことにより、身体機能の維持回復及び日常生活動作能力の向上、また社会参加の促進を図ります。
介護相談	介護や在宅生活に関することについて、ご利用者及びご家族の相談に応じます。

(2) 介護保険給付によるサービス (1回あたりの料金)

訪問リハビリテーション費の1割、2割又は3割をお支払いいただきます。

(法定代理受領を前提とします。)

<料金表>

訪問リハビリ テーション費 (1回20分)	1割負担	2割負担	3割負担
	308円	616円	924円

(3) 各種加算サービスの内容と利用料

下記のサービスは、介護報酬の加算対象サービスとなっています。ご利用の際には、下記加算額を追加料金としてご負担いただきます。

加算名	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
リハビリ テーション マネジメント 加算(イ)	180円/月	360円/月	540円/月
	内容		
<p>① 医師が理学療法士等に対し、リハビリテーションの目的に加え、リハビリテーション実施前又は実施中の留意事項、中止基準、負荷等について指示を行います。</p> <p>② ①における指示内容について、明確に記録を行います。</p> <p>③ リハビリテーション会議を開催して利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録します。</p> <p>④ 訪問リハビリテーション計画について、計画に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明し、同意を得るとともに医師へ報告します。</p> <p>⑤ 3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直します。</p> <p>⑥ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。</p> <p>⑦ 以下のいずれかに適合すること</p> <p>1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定居宅サービスに該当する事業に係わる従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。</p> <p>2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。</p> <p>⑧ 上記①～⑦に適合することを確認し記録を行います。</p>			

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	213円/月	426円/月	639円/月
	内容		
	① リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。		
加算名	加算額		
事業所の医師が利用者又は家族に対し説明し同意を得た場合	1割負担	2割負担	3割負担
	270円/月	540円/月	810円/月
	内容		
	① リハビリテーションマネジメント加算（イ）又は（ロ）の要件に加えリハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ます。		
	② 上記①に適合することを確認し記録を行います。		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	6円/回	12円/回	18円/回
	内容		
	訪問リハビリテーションを提供する理学療法士、作業療法士または言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者が1名以上いる場合に算定します。		
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	加算額		
	2割負担	2割負担	3割負担
	3円/回	6円/回	9円/回
	内容		
	訪問リハビリテーションを提供する理学療法士、作業療法士または言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者が1名以上いる場合に算定します。		

短期集中 リハビリ テーション 実施加算	加算額		
	2割負担	2割負担	3割負担
	200円/日	400円/回	600円/回
	内容		
	医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間、リハビリテーションを集中的に行います。 ※短期集中リハビリテーションの実施は1日20分以上、おおむね週2日以上となっております。		
認知症 短期集中 リハビリ テーション 実施加算	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	240円/日	480円/日	720円/日
	内容		
	医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が認知症と診断された利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間、リハビリテーションを集中的に行います。 ※認知症短期集中リハビリテーションの実施は1日20分以上、おおむね週2日以上となっておりますが、短期集中リハビリテーション実施加算との併用はできません。		
口腔連携強化 加算	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	50円/日	100円/日	150円/日
	内容		
	<p>① 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価し利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算します。</p> <p>② 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている場合に加算します。</p>		
退院時共同 指導加算	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	600円/日	1200円/日	1800円/日
	内容		
	病院又は診療所に入院中の利用者が退院するにあたり、当訪問リハビリ事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後に利用者に対し初回の訪問リハビリテーションを行って場合に、当該退院につき1回に限り加算します。		

移行支援加算	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	17円/日	34円/日	51円/日
	内容		
	① 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護などを実施したものの割合が100分の5を超えていること ② 利用者回転率（12月/平均利用延べ月数）が25%以上であること ③ 評価対象期間中リハビリ提供終了日から14日以降44日以内に電話等により指定通所介護等の実施状況を確認、記録すること ④ 指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、リハビリテーション計画書を移行先事業所へ提供する事 ⑤ ①～④に適合することを確認し記録を行ったときに加算します。		
介護職員等 処遇改善加算	加算額		
	1割負担	2割負担	3割負担
	介護報酬総単位数 $\times 0.015$ (小数第1位を四捨五入) $\times 10円 \times 0.1/日$	介護報酬総単位数 $\times 0.015$ (小数第1位を四捨五入) $\times 10円 \times 0.2/日$	介護報酬総単位数 $\times 0.015$ (小数第1位を四捨五入) $\times 10円 \times 0.3/日$
	内容		
	当事業所は、他に定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出を行ったうえ、利用者に対し、介護保険サービスを行っております。 ※介護職員等処遇改善加算の介護報酬総単位数とは、訪問リハビリテーション費及び該当となる各種加算を合算した数となります。		

(5) 利用料金のお支払い方法

利用料につきましては、毎月1日～末日分を当月分として翌月10日以降に請求書を発行いたします。お支払方法は、自動払込・窓口支払・郵送・銀行振込と致しますが、郵送料・振込手数料に関してはご利用者の負担とさせていただきます。

※ 銀行振込の際は下記の口座へお振込み下さいますようお願い致します。

振込先	北洋銀行 五稜郭公園支店	普通預金	4204785
口座名義	函館厚生院ケンゆのかわ	施設長	浅島 弘志

7. サービス利用の際の留意事項

- (1) ご利用者又はそのご家族等が感染症に罹っているとき、またその恐れがある時は、利用開始前までに事業所へご連絡下さい。
- (2) 利用日の健康状態には十分留意し、体調不良時は必要に応じ病院受診またはかかりつけ医の往診等をお願い致します。
- (3) 訪問した職員に対する執拗な宗教活動、政治活動及び営利活動等はお控えください。

8. 緊急時及び事故発生時の対応

- (1) 事業所はサービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。
- (2) 事業所は、利用者に対するサービスの提供に当たり事故が発生した場合は、速やかに利用者の関係者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、職員が速やかに対応できるよう、緊急時マニュアルを作成し、定期的に救急蘇生法等の実習及び研修会等を適時実施するものとします。

9. 事故発生時の損害賠償

- (1) 事業所は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、必要な措置を速やかに行います。
- (2) 事業所の故意、過失に基づく事故が発生した場合は、当事業所が損害を賠償します。
- (3) 利用者の重過失により事業者若しくは他の利用者が何らかの被害、損害を受けた場合は、当該利用者又は利用者の関係者等は連帯にて賠償して頂きます。

10. 衛生管理

- (1) 事業所は、設備等の衛生的管理に努め、衛生上必要な措置を講じるとともに、医療用具等の管理を適切に行います。
- (2) 事業所は、感染症予防及びまん延防止の為に以下(3)～(5)に掲げる必要な措置を講じます。またご利用者も感染症の予防及びまん延防止の為に必要な措置に協力するものとします。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (5) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

11. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし			

12. 秘密保持等

- (1) 職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じるものとします。
- (3) ご利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り取り扱うものとし、当事業所が業務上知り得たご利用者及びそのご家族の個人情報につ

いては、当事業所でのサービスの提供に係る以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて文書によりご利用者及びそのご家族又はその代理人の同意を得る事とします。

1 3. 虐待防止

虐待に関する責任者 施設長 浅島 弘志

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため以下の措置を講ずるものとします。
- (2) 虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。
- (3) 虐待防止のための指針を整備します。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (5) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。
- (6) 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを函館市及び関係自治体に通報するものとします。

1 4. 身体的拘束の適正化

- (1) 事業所は、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束や行動を制限する行為を行なわないものとします。やむを得ず身体的拘束を行う場合は、次の(2)～(4)について記録を行います。
- (2) 身体的拘束等の様態・時間、利用者の心身の状況
- (3) 身体的拘束を行なわざるを得ない緊急やむを得ない理由
- (4) その他必要な事項
- (5) 事業所は、身体的拘束等の適正を図るため、次の(6)～(8)に掲げる措置を講じます。
- (6) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (7) 身体的拘束等の適正化のため指針を整備します。
- (8) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

1 5. 苦情等の受付

- (1) 苦情等の受付

当事業所のサービス提供について、ご不明な点・疑問・苦情等がございましたら、下記の相談窓口までお気軽にご相談ください。

- | | |
|---------|----------------------------------|
| ○相談受付窓口 | 吉荒 龍哉（リハビリテーション部門 理学療法係長） |
| ○電話番号 | 0138-59-1211 |
| ○FAX番号 | 0138-59-3990 |
| ○受付時間 | 午前9時～午後5時30分（土・日、12月30日～1月3日を除く） |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

函館市保健福祉部 高齢福祉課高齢・介護 総合相談窓口	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 FAX番号 0138-26-5936 受付時間 午前8時45分～午後5時30分 (土日・祝日を除く)
北海道国民健康 保険団体連合会 総務部介護・障害支援課	所在地 札幌市中央区北南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 FAX番号 011-232-2178 受付時間 午前9時～午後5時 (土日・祝日を除く)
北海道社会福祉協議会 北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-204-6310 FAX番号 011-204-6311 受付時間 午前9時～午後5時 (土日・祝日を除く)

(3) 高齢者の虐待に係る連絡先

函館市保健福祉部 指導監査課 高齢者担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 ①0138-21-3926 ②0138-21-3927 ③0138-21-3923 受付時間 午前8時45分～午後5時30分 (土日・祝日を除く)
----------------------------	--

1.6. 業務継続計画の策定

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

指定訪問リハビリテーションの契約締結に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 所在地 函館市湯川町3丁目29番15号
事業所名 介護老人保健施設 ケンゆのかわ
(訪問リハビリテーション事業所)

説明者 _____

職 種 _____

指定訪問リハビリテーションの契約締結に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(代筆者 氏名)

(代筆者 続柄)

*代筆理由 視覚障害・手の震え・拘縮や麻痺・認知機能の低下
(その他理由)

利用者のご家族等 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____